Plan d'action régional triennal

en matière de
prévention du suicide

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE QUÉBEC

PLAN D'ACTION RÉGIONAL TRIENNAL 2000-2003 EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Groupe de travail régional en prévention du suicide

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec

le 14 juin 2000

106-05132/

Table des matières

Liste des annexes i

Composition du groupe de travail régional en prévention du suicide iii

Liste des acronymes v

Lexique vii

Contexte 1

I La démarche 3

II L'ampleur de la problématique du suicide dans la région de Québec 5

III Les facteurs associés aux comportements suicidaires 7

IV Les principaux constats en matière de prévention du suicide dans la région de Québec 9

V Le plan d'action 2000-2003 13

1. Assurer et consolider une gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants 14

2. Améliorer les compétences professionnelles 16

3. Intervenir auprès des groupes à risque 17

4. Favoriser les interventions en promotion et prévention auprès des jeunes 18

5. Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens utilisés pour se suicider 19

6. Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités 20

7. Intensifier et diversifier la recherche 21

VI La stratégie d'implantation 23

Bibliographie 25

Liste des annexes

Annexe 1 :

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes, Québec, 1971 à 1995, selon le sexe et pour la population totale.

Annexe 2 :

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions du Québec, moyenne 1995-1996-1997.

Annexe 3 :

Distribution des cas de suicide et taux bruts de décès par suicide selon le territoire de CLSC, 1991-1995.

Annexe 4 :

Données complémentaires sur la détresse psychologique, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide pour la région de Québec et le Québec.

Composition du groupe de travail régional sur la prévention du suicide

Le groupe de travail régional chargé d'élaborer le plan d'action régional en prévention du suicide est composé des personnes suivantes :

Liliane Allard :	Centre de prévention du suicide de Québec
Odile Bédard :	Direction de l'organisation des services, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Lise Cardinal :	Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (responsable de l'animation du groupe de travail et de la rédaction du plan d'action)
Bernard Couillard :	Coroner
Bernard Deschênes :	Direction de l'organisation des services, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Gilles Drolet :	Chef de police de la Ville de Sillery, représentant de l'Association des chefs de polices et pompiers du Québec
Marlène Imbeault :	Coordonnatrice du programme en santé mentale, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières
Édith Labonté :	Psychiatre, secteur est, Hôpital de l'Enfant-Jésus du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
André Marois :	Réseau correctionnel de l'est du Québec
Raynald Renaud :	Centre de détention de Québec
Simon-Pierre Proulx :	Médecin omnipraticien, représentant de l'Association des médecins omnipraticiens de la région de Québec
Johanne Veilleux :	Psychiatre, secteur ouest, Hôpital du Saint-Sacrement du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec

Liste des acronymes

AÉO :	Accueil, Évaluation et Orientation
AQS :	Association québécoise de suicidologie
CJQ :	Centre jeunesse de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CPSC :	Comité de prévention du suicide de Charlevoix
CPSQ :	Centre de prévention du suicide de Québec
DRSP :	Direction régionale de santé publique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PSP :	Prévention Suicide Portneuf

Lexique

Gamme essentielle de services : ensemble des services dédiés à la personne suicidaire, ses proches ou les endeuillés par suicide. Elle comprend le service d'écoute téléphonique 24/7, l'intervention de crise, le suivi, la relance et la postvention

Idéation ou idée suicidaire : comportement qui peut être directement observé ou entendu ou par rapport auquel il est justifié de conclure à une intention possible de suicide, ou qui tend vers cette intention, mais où l'acte létal n'a pas été accompli.

Intervention de crise : ensemble des initiatives axées sur une prise en charge immédiate des crises suicidaires et un suivi à long terme auprès des personnes à risque, à savoir des soins, un traitement et du soutien.

Mesure efficace : mesure qui a démontré sa capacité à améliorer la santé et le bien-être ou à réduire les problèmes de santé et de bien-être.

Mesure prometteuse : mesure qui combine les ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour réduire les problèmes de santé et de bien-être.

Postvention : mesures de soutien offertes aux personnes, familles, milieux de vie et intervenants à la suite d'un suicide.

Prévention : mesures qui visent la réduction des problèmes de santé et de bien-être en s'attaquant aux facteurs de risque et en s'adressant à la population en général ou à certains sous-groupes exposés à de tels facteurs.

Promotion de la santé : mesures qui visent l'accroissement du bien-être individuel et collectif en agissant sur les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé et en s'adressant à la population en général ou certains de ses sous-groupes.

Suicide : action de causer volontairement sa propre mort.

Tentative de suicide : situation dans laquelle une personne a manifesté un comportement qui met sa vie en danger, avec l'intention réelle ou simulée de causer sa mort ou de faire croire que telle est son intention, mais dont l'acte n'aboutit pas à la mort.

Trouble mental sévère et persistant : syndrome ou ensemble de symptômes cliniquement significatif qui peut être diagnostiqué comme une pathologie et qui entraîne une détérioration marquée et persistante des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu.

Contexte

Le document de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « *La stratégie québécoise d'action face au suicide : S'entraider pour la vie* » (MSSS, 1998), propose des orientations en matière de prévention du suicide que chacune des régions du Québec a la responsabilité d'actualiser. Cette prise de position est cohérente avec l'énoncé des priorités nationales de santé publique parmi lesquelles figurent le suicide (MSSS, 1997). Les orientations gouvernementales s'articulent autour de sept stratégies :

- assurer et consolider la gamme essentielle de services et briser l'isolement des intervenants;
- améliorer les compétences professionnelles;
- intervenir auprès des groupes à risque;
- favoriser l'intervention en promotion/prévention auprès des jeunes;
- réduire l'accès aux moyens et minimiser les risques associés aux moyens;
- contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités;
- intensifier et diversifier la recherche.

Le groupe de travail de la région de Québec en prévention du suicide a repris, pour son compte, ces stratégies en les amenant à un plus grand niveau opérationnel, soit en détaillant des objectifs et des actions précises à mener d'ici les trois prochaines années, selon les besoins prioritaires de la région.

La première partie du document présente la démarche qui a été privilégiée pour élaborer le plan d'action régional. Un portrait sommaire de la problématique du suicide telle qu'elle se présente dans la région de Québec est ensuite présenté de même qu'une synthèse des facteurs de risque ou de protection qui sont associés au suicide. Un bref état de la situation régionale en matière de prévention du suicide est exposé en cinquième partie. Le plan d'action triennal 2000-2003 est présenté dans la sixième partie. Finalement, une stratégie d'implantation du plan d'action est proposée.

Pour plus de renseignements sur chacune de ces parties, il est possible de consulter le document « *Plan d'action régional en matière de prévention du suicide, Document de référence* » (avril 2000) qui comporte, en quelque sorte, tout le matériel dont a été tiré le plan d'action triennal 2000-2003. Il est disponible sur demande.

I- La démarche

Les deux principaux volets de la démarche entreprise en 1998 pour l'élaboration du plan d'action ont été:

- Une **consultation régionale** de plusieurs organismes concernés par le suicide, la santé mentale et autres problématiques associées, et ce, par territoire de CLSC. Cette cueillette d'informations, menée à l'hiver 1998 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, a ensuite été complétée par la consultation d'informateurs clés sur des aspects spécifiques de la problématique du suicide et sur les services déjà offerts ou à mettre en place dans la région. L'ensemble de l'exercice visait à faire le point sur les forces et les limites de la région de Québec au regard de la prévention du suicide et à recueillir les besoins des intervenants de différents milieux concernés par la problématique. L'information a été analysée selon le découpage géographique suivant : le territoire de Charlevoix, le territoire de Portneuf et Québec-métro, une approche de regroupement des territoires de CLSC de Québec-métro ayant été privilégiée.

- La **mise sur pied d'un groupe de travail régional intersectoriel** dont la composition a été présentée précédemment. Une représentation des milieux et intervenants, qui sont en interface avec toute la population, a été privilégiée pour garder le nombre de participants à un niveau fonctionnel. Les organismes oeuvrant auprès de clientèles particulières ou sous-groupes de la population (ex. : le milieu scolaire, le Centre jeunesse de Québec, etc.) ont été consultés de façon plus ponctuelle et seront aussi interpellés au moment de l'implantation du plan d'action.

II- L'ampleur de la problématique du suicide dans la région de Québec

- **Le suicide est une problématique préoccupante de par son ampleur et son évolution**. Le suicide représente 3 % de la mortalité totale de la population québécoise. Depuis le début des années 70, le taux de décès de suicide a connu une hausse progressive pour atteindre un plateau en 1982-1983. On constate depuis le début des années 90, une nouvelle tendance à la hausse (Annexe 1). On observe cette tendance à la hausse dans notre région également.

- **La région de Québec présente un taux de suicide supérieur à celui du Québec.** Malgré que la majorité des indicateurs sociaux et sanitaires de la région de Québec sont comparables ou se situent avantageusement par rapport aux données québécoises, la région présente un taux de suicide supérieur au taux provincial (respectivement 23,1 % et 19,0 % pour 100 000 habitants, pour la période 1995-1996-1997). Pour cette même période, la région se classait au 10^{e} rang des régions sociosanitaires du Québec (Annexe 2).

- **On dénombre pour la région de Québec, pour la période de 1992 à 1998, 970 décès par suicide. Ce nombre correspond à une moyenne annuelle d'environ 140 suicides par année, soit une personne qui s'enlève la vie à tous les 2 à 3 jours** (**Bureau** du Coroner, 1992 à 1998). L'annexe 3 présente la distribution des cas de suicide et les taux bruts (non ajustés pour l'âge) de décès par suicide calculés pour la période de 1991 à 1995, pour chacun des territoires de CLSC, selon le découpage géographique qui était en vigueur en 1995 (Cardinal *et al.*, 1998).

- **Le suicide est une problématique préoccupante de par la mortalité prématurée qu'elle occasionne.** L'importance de la mortalité prématurée associée au décès par suicide est expliquée par des taux relativement élevés dans l'ensemble de la population, mais également par des taux élevés chez les jeunes et les jeunes adultes (MSSS, 1998). Mentionnons que le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les jeunes hommes de 15 à 29 ans, surpassant ainsi depuis quelques années les traumatismes routiers.

- **Les hommes se suicident quatre fois plus que les femmes**. Au Québec et dans la région, malgré une hausse significative du taux de décès par suicide chez les jeunes ces dernières années (ce qui constitue une caractéristique du Québec par rapport aux autres provinces du Canada et par rapport aux autres pays industrialisés), ce sont les adultes, des hommes dans la majorité des cas, qui présentent le plus haut taux de mortalité par suicide. Près **de 40 % de l'ensemble des suicides surviennent chez les hommes de 30 à 50 ans.** Le taux de suicide chez les femmes demeure faible et se maintient depuis plusieurs années.

- **Les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours**. L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 nous apprend que les femmes sont plus nombreuses à tenter de mettre fin à leurs jours (Santé Québec, 1995). Les femmes de 15 à 19 ans affichent le plus haut taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (MSSS, 1998).

- **La pendaison est le moyen le plus utilisé pour mettre fin à ses jours**, tant chez les hommes que chez les femmes. Elle est suivie de l'utilisation d'une arme à feu chez les hommes et de l'absorption de médicaments chez les femmes. Les hommes utilisent des moyens plus violents que les femmes. Le tiers de tous les suicides sont commis avec une arme à feu et selon une étude récente, dans le tiers de ces cas, l'arme n'appartenait pas à la victime (Saint-Laurent & Tennina, 2000).

III- Les facteurs associés aux comportements suicidaires

Les facteurs de vulnérabilité

Le suicide est un phénomène complexe qui représente une issue fatale pour trop d'individus pour lesquels une conjugaison de prédispositions individuelles, de facteurs liés à l'environnement social et aux circonstances de vie a mené à une souffrance insupportable et au désespoir.

- Parmi les **prédispositions individuelles** associées au suicide, on retrouve notamment les troubles mentaux, l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues qui, d'un point de vue épidémiologique, sont celles dont l'association avec le suicide s'est révélée être la plus forte. Selon les études, on estime que 60 % à 80 % des personnes qui se sont suicidées souffraient de troubles mentaux (MSSS, 1998).

- Les **facteurs liés au milieu social** se rapportent à la famille, aux conditions de vie, à l'organisation sociale et au réseau de soutien des personnes, de même qu'aux valeurs et attitudes culturelles véhiculées dans ces milieux (milieu familial non fonctionnel et violence familiale, conditions économiques difficiles, antécédents suicidaires chez les proches, etc.). Par ailleurs, les résultats de certains travaux récents, portant sur la socialisation des hommes et leur difficulté à exprimer leur souffrance et à demander de l'aide, mettent une emphase particulière sur la difficulté d'intervenir efficacement auprès des hommes suicidaires ou à risque de suicide, selon nos modes de pratique actuels (Dulac, 1999).

- Les **facteurs circonstanciels** réfèrent tant à des événements de la vie (deuil, perte d'emploi, rupture amoureuse, échec scolaire, maladie, etc.), qu'aux circonstances favorisant l'accès à des moyens pour se suicider. L'accès aux moyens pour se suicider est un facteur d'autant plus déterminant lorsqu'il s'agit d'un suicide commis de façon impulsive ou lorsqu'un moyen plus létal est utilisé, tel qu'on peut l'observer plus fréquemment chez les hommes. On compte également dans cette dernière catégorie de facteurs associés, la consommation d'alcool et de drogues comme facteur ayant précipité le geste suicidaire.

Les facteurs de risque peuvent être différents selon la nature du comportement suicidaire (idéation suicidaire, tentative de suicide ou suicide complété), selon l'âge ou le sexe (ex. : l'échec scolaire, la perte d'emploi ou le veuvage).

Les facteurs de protection

La recherche porte de plus en plus sur les facteurs de protection contre la détresse psychologique et le suicide. Certaines hypothèses qui en découlent permettraient d'expliquer pourquoi toutes les personnes présentant des histoires de vie semblables et cumulant les mêmes facteurs de risque ne réagissent pas de la même manière aux difficultés qu'elles rencontrent. On utilise, de plus en plus, le terme de **résilience** pour exprimer la capacité des individus à faire face à celles-ci (Tousignant, 1999; Séguin,

1999) et de **capital social** pour désigner les caractéristiques de l'organisation sociale (ex. : confiance interpersonnelle chez les citoyens, entraide et solidarité, densité et qualité de la vie associative) qui ont des effets protecteurs sur la santé mentale et physique des personnes (Kawachi, I. *et al.*, 1999).

IV- Les principaux constats en matière de prévention du suicide dans la région de Québec

Voici, tracés à grands traits sous l'angle des sept stratégies proposées dans les orientations gouvernementales, quelques constats qui permettent de faire le point sur ce qui se passe actuellement dans la région en matière de prévention du suicide.

Assurer et consolider la gamme essentielle de services…

La région de Québec est relativement bien pourvue en services s'adressant spécifiquement aux personnes suicidaires, à leurs proches, aux personnes endeuillées ou aux intervenants de première ligne confrontés à cette problématique dans leur pratique. La présence de trois organismes communautaires exclusivement dédiés à la prévention du suicide dans la région et reconnus pour leur leadership, soit le Centre de prévention du suicide de Québec (CSPQ) pour Québec-métro, le Comité de prévention du suicide de Charlevoix (CPSC) et Prévention Suicide Portneuf (PSP), favorise cet état de fait. Le CPSQ offre toute la gamme de services essentiels pour Québec-métro et assure le service d'écoute téléphonique 24/7 pour l'ensemble de la région. Mentionnons que PSP et le CPSC se sont davantage investis en postvention et en promotion/prévention et n'offrent pas de services d'intervention de crise. Les CLSC et CHSLD de Portneuf et le CLSC de Charlevoix, en complémentarité avec l'Urgence sociale, ont été mandatés pour dispenser ces services sur ces territoires. Plusieurs autres organismes (tous les CLSC par le bais de leur service d'accueil et leurs programmes, les urgences générales ou psychiatriques des centres hospitaliers, les médecins omnipraticiens, les psychiatres, l'Urgence sociale, le Centre de crise, le Centre jeunesse de Québec, etc.) agissent également quotidiennement auprès des personnes suicidaires et leurs proches par le biais de leurs services courants.

…et briser l'isolement des intervenants

Malgré la disponibilité et la diversité des services offerts, on reconnaît des difficultés sur le plan de la liaison entre les services et l'accès aux services, que ce soit les services de première ligne entre eux ou l'accès à une expertise spécialisée de deuxième ou troisième ligne, notamment l'accès à l'expertise médicale. Dans le domaine de la santé mentale, différents travaux ont contribué à aller plus loin dans la compréhension de la situation, en particulier sur le plan de l'organisation des services. Par exemple, la Commission médicale régionale (1998) a étudié les problèmes d'accès aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale dans la région. Parmi les problèmes relevés, on note les problèmes d'accès à l'expertise psychiatrique spécialisée, les problèmes de communication entre les différents acteurs de première ligne et aussi entre les acteurs de première et de deuxième lignes. La commission recommandait des liens renforcés avec les psychiatres sur une base de territoire en suggérant le développement d'activités de maillage entre les médecins en cabinet privé, ceux des CLSC et les équipes de santé mentale des CLSC. À cet égard, de nouveaux modèles d'organisation des services tels que le modèle de soins de santé mentale partagés, proposé par l'Association des

psychiatres du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada, constituent des avenues intéressantes à explorer.

Les résultats de deux études récentes, l'une portant sur les crises psychosociales sur le territoire de Québec-Centre (Aubé *et al.*, 1999) et l'autre sur les pratiques relatives aux troubles de l'humeur (Laberge *et al.*, 1999) mettent en évidence l'isolement de la personne en crise par rapport à son réseau d'aide naturelle et aux services auxquels elle pourrait s'adresser. Encore une fois, ces études mettent en exergue la nécessité d'augmenter les occasions d'échange entre les différents professionnels interpellés par les problématiques complexes en santé mentale (notamment lorsque présence de comorbidité), et soulignent les difficultés de liaison entre les organismes concernés.

Améliorer les compétences professionnelles

Le CPSQ est le principal acteur régional sur le plan de **la formation relative à la problématique du suicide** (dépistage, intervention de crise suicidaire et postvention). Ils ont déjà rejoint plusieurs milieux (ex. : le milieu scolaire dont le milieu collégial, le CJQ, le milieu carcéral, le milieu policier, les étudiants en médecine) qui déploient de plus en plus d'efforts et de moyens pour reconnaître les signes avant-coureurs du suicide chez leur clientèle, évaluer l'urgence suicidaire et intervenir adéquatement.

D'autres sujets d'intérêt directement reliés à la problématique du suicide font aussi l'objet de besoins de formation maintes fois exprimées par différents organismes. Au premier chef, on retient les troubles mentaux, dont la dépression. Le dépistage de la dépression et le traitement adéquat de celle-ci font l'objet d'activités de formation qui mériteraient d'être intensifiées chez les intervenants de première ligne dont les omnipraticiens. La loi 39, l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles de personnalité limite, le contrôle des armes à feu sont d'autres exemples de sujets qui pourraient être abordés.

Intervenir auprès des groupes à risque

Le présent document ne permet pas de rendre compte de toutes les initiatives prises par **le réseau communautaire**, notamment les organismes oeuvrant auprès de personnes aux prises avec des problématiques particulières les rendant plus à risque de suicide (ex. : femmes victimes de violence ou en difficulté, hommes en difficulté, personnes présentant des troubles de santé mentale sévères et persistants, de toxicomanie, les jeunes de la rue, etc.). Mentionnons, pour n'en nommer que quelques-uns, des exemples d'organismes déjà impliqués en prévention du suicide : dans Portneuf, la maison d'hébergement Mirépi et les organismes pour toxicomanes Le Rûcher et la Villa Saint-Léonard; dans Charlevoix, les organismes dédiés aux personnes atteintes de maladies mentales ou leurs proches comme l'Éveil ou La Marée ou aux personnes aux prises avec la toxicomanie comme Vision d'Espoir et de Sobriété; dans Québec-métro, La Boussole ou Océan, des organismes oeuvrant en santé mentale ou la Maison Dauphine qui accueillent les jeunes de la rue. Malgré le travail remarquable de certains organismes comme le groupe

Autonhommie, les activités ou projets visant spécifiquement les hommes de 20 à 40 ans, cumulant des facteurs de risque et qui ne sont pas formellement en lien avec le réseau des services, sont plus rares.

Par ailleurs, des activités de prévention du suicide auprès des groupes à risque ont cours dans **les milieux institutionnels** (ex. : le Centre jeunesse de Québec, le Centre de détention de Québec) à même leurs ressources, le plus souvent avec le soutien d'un organisme communautaire. D'autres projets ont vu le jour en milieu scolaire, aux niveaux secondaire et collégial surtout. Par contre, on dénombre très peu d'activités préventives en milieu de travail.

Favoriser l'intervention en promotion/prévention auprès des jeunes

Dans une optique de promotion de la santé mentale et d'intervention plus en amont d'un ensemble de problèmes, plusieurs efforts sont consentis actuellement à la santé des **enfants et de leurs parents** par le biais de programmes de périnatalité (ex. : programme Naître égaux et grandir en santé) ou de programmes visant le développement de l'enfant (ex . : programme d'acquisition d'habiletés sociales et personnelles et de compétences parentales).

Concernant **les jeunes en général**, plusieurs projets ou programmes sont implantés en milieu scolaire et visent l'estime de soi, les habiletés personnelles et sociales des jeunes ou des problématiques particulières (toxicomanies, MTS et Sida, grossesse à l'adolescence). La prévention du suicide y est plus spécifiquement abordée par le programme « *Plein l'dos* », animé le plus souvent par le CPSQ, PSP et le CPSC ou par la mise sur pied de réseaux de pairs aidant par les milieux scolaires. Ces efforts pourraient être mieux coordonnés, plus intensifs et davantage soutenus dans le temps.

Concernant **les jeunes en difficulté**, les auteurs d'une étude récente estiment que deux adolescents sur trois en centre jeunesse présentent un risque suicidaire et que le quart de ceux-ci serait à risque élevé de suicide (Pronovost & Leclerc, 1998). Devant cet état de fait, le Centre jeunesse de Québec a mis sur pied un programme de prévention du suicide qui mise sur la formation de ses intervenants et sur l'aménagement de modalités organisationnelles qui devraient favoriser la prise en charge des jeunes suicidaires inscrits ou admis au centre jeunesse. Par ailleurs, certains organismes comme la Maison Dauphine qui accueille les jeunes de la rue, sont actuellement très préoccupés par la problématique. Une étude menée par la Direction de la santé publique de Montréal-Centre fait état d'une surmortalité par suicide chez les jeunes de la rue de Montréal (Roy *et al.*, 1998).

Réduire l'accès aux moyens et minimiser les risques associés aux moyens

La région s'est particulièrement impliquée en documentant (Bouchard *et al.*, 1991) et intervenant sur le problème de l'accès à certains moyens utilisés pour se suicider. Quelques activités ont déjà été réalisées dans ce sens. Par exemple, le CPSQ s'est déjà impliqué en faisant de la sensibilisation auprès de la clientèle du magasin Latulipe, la

Direction de la santé publique a récemment consacré au thème du contrôle des armes à feu un numéro du Bulletin régional de la santé publique, diffusé à tous les intervenants de la santé de première ligne de la région. De plus, le pont de Québec et le Tracel de Cap-Rouge ont fait l'objet d'aménagements préventifs.

Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités

L'action régionale auprès des médias régionaux et locaux connaît annuellement un temps fort lors de la semaine provinciale de prévention du suicide orchestrée provincialement par l'Association québécoise de Suicidologie et mettant à contribution le CPSQ, PSP et le CPSC et leurs partenaires. Par ailleurs, des liens avec la presse sont établis de façon plus ponctuelle, le plus souvent en réaction à des événements suicidaires fortement médiatisés (ex. : les suicides de Pauline Julien et Gaëtan Girouard). Les organismes reconnus pour leur expertise sur le sujet du suicide, le plus souvent le CPSQ, PSP et le CPSC, sont habituellement sollicités par la presse écrite et électronique pour les commenter.

Intensifier et diversifier la recherche

Très peu de projets de recherche touchant spécifiquement le suicide sont en cours dans la région si ce n'est la documentation et la surveillance de la problématique dans la région (incluant l'étude des dossiers du coroner). Un projet de suivi intensif des personnes qui ont fait une tentative de suicide et qui se présentent dans les salles d'urgence de la région a été subventionné par le MSSS et démarrera à l'automne. Il comporte un volet évaluatif.

V- Le plan d'action 2000-2003

Voici quelques éléments découlant de l'analyse de la situation et qui ont guidé *l'élaboration du plan d'action régional 2000-2003 en matière de prévention du suicide.*

La prévention du suicide est une priorité

Le suicide est une problématique dont l'ampleur dans notre région est considérable et dépasse celle de plusieurs autres régions du Québec et de la province dans son ensemble et, de ce fait, doit constituer une priorité.

La région peut compter sur des ressources diversifiées de qualité

L'expertise régionale en matière de prévention du suicide, notamment celle des organismes dédiés exclusivement à cette problématique soit le CPSQ, le CPSC et PSP doit être reconnue et consolidée.

La diversité et l'implication actuelle des nombreux organismes interpellés par la problématique du suicide, qui accueillent quotidiennement des personnes suicidaires, et qui ont des besoins à cet égard, doivent être reconnues et soutenues.

La consolidation et une meilleure intégration des ressources déjà en place sont absolument nécessaires

Pour les trois prochaines années, plusieurs priorités orientent différents acteurs vers **la consolidation et l'amélioration de la mise en relation des ressources déjà existantes**. Cette orientation est en congruence avec la trame de fond du plan de consolidation de la Régie régionale de Québec qui vise une meilleure intégration des services en misant sur un meilleur maillage. Bien que certains protocoles liant différents organismes entre eux sont déjà effectifs, des efforts visant une meilleure liaison entre les services déjà existants, de manière à potentialiser les efforts de chacun, sont encore nécessaires et même urgents pour certaines clientèles plus vulnérables.

Les services doivent être dispensés le plus près possible des personnes et on doit s'assurer que des considérations administratives, comme le découpage territorial, ne soient des entraves à l'accès aux services et leur continuité.

Quelques pistes de développement sont envisageables

La recherche de financement doit être constante pour consolider les mesures existantes ou en développer de nouvelles, mais comme **les possibilités de nouveaux argents à court terme sont incertaines**, il faut y aller de l'optimisation des ressources existantes et envisager le développement avec parcimonie.

Toutefois, dans l'état actuel des connaissances en prévention du suicide, les évidences scientifiques concernant l'efficacité des mesures préventives, quoique peu nombreuses, nous orientent sur **quelques pistes de développement** (ex. : renforcement de la formation et soutien des omnipraticiens pour le dépistage et le traitement adéquat de la dépression, réduction de l'accès aux armes à feu). Dans l'éventualité de projets novateurs et lorsque pertinent, on doit privilégier une **approche de projet-pilote comportant un volet évaluatif**.

Dans les pages qui suivent, chacune des sept stratégies vous est présentée en précisant :

- les objectifs poursuivis;
- les priorités retenues pour les trois prochaines années;
- les responsabilités qui ont été établies au regard de ces priorités;
- certains éléments d'information concernant le financement des priorités retenues.

1. Assurer et consolider une gamme de services et briser l'isolement des intervenants

OBJECTIFS :

- **Assurer l'accessibilité d'un service 24/7 (ligne et écoute téléphonique).**

- **Assurer l'accès à des services d'intervention de crise (évaluation du risque et de l'urgence suicidaire, intervention de crise, suivi et relance).**

- **Assurer l'accès et la mise en œuvre de services de postvention.**

- **Assurer une meilleure intégration des services de 1ère ligne entre eux et des services de 1ère ligne avec les services spécialisés en soutenant et en collaborant à des initiatives visant un meilleur maillage entre ces services et niveaux d'intervention.**

PRIORITÉS 2000-2003 :

- Les priorités qui se dégagent au regard de ces objectifs sont :

- Consolidation de la gamme essentielle de services dans les territoires de Charlevoix et de Portneuf de même que dans Québec-métro.

- Mise en disponibilité des services du CPSQ en langue anglaise.

- Adaptation de l'intervention de crise ou de la postvention selon les particularités de certaines clientèles spécifiques (postvention adaptée aux enfants endeuillés par suicide et intervention de crise auprès des jeunes de la rue).

- Réalisation et diffusion des résultats d'un inventaire des ressources régionales de soutien s'adressant aux personnes endeuillées (par suicide ou non).

- Collaboration à l'étude de la pertinence et de la faisabilité et, le cas échéant, à l'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation de services visant un meilleur accès à des services d'évaluation, de traitement et de suivi pour les clientèles suicidaires ou à risque de suicide (projet d'organisation des services de santé mentale pour les jeunes en Centre jeunesse et leurs parents; projet de développement de nouveaux modes de collaboration impliquant les cabinets privés, les équipes de santé mentale des CLSC, les départements de psychiatrie et les organismes communautaires sur le territoire de Québec-Centre).

RESPONSABILITÉ :

Cette stratégie nécessite un important travail d'animation, de concertation et de coordination pour s'assurer de la complémentarité, de l'adaptation et de la continuité des services offerts aux personnes aux prises avec la problématique du suicide ou qui sont à risque de suicide. La Régie régionale de Québec, en association avec ses partenaires, doit assurer le soutien à ce processus continu de concertation. Par ailleurs, chacun des organismes concernés est invité à participer aux travaux nécessaires à l'actualisation de ces priorités.

FINANCEMENT :

- La principale source de financement récurrent des trois organismes plus spécifiquement concernés par cette stratégie, le CPSQ, PSP et le CPSC, est le programme de soutien aux organismes communautaires (SOC) de la Régie régionale de Québec. La grande partie des montants octroyés (environ 580 000 $) va à la gamme essentielle de services. Les argents récurrents (231 000 $) octroyés récemment par le ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, à la Protection de la jeunesse, aux Loisirs et aux Sports, monsieur Gilles Baril, devraient contribuer à consolider en bonne partie ces ressources communautaires et à permettre l'accès des services du CSPQ en langue anglaise.

- L'expérimentation de nouveaux modèles d'organisation de services nécessite une recherche de financement et des ententes avec les instances concernées.

2. Améliorer les compétences professionnelles

OBJECTIFS:

- **Mieux connaître les besoins de formation des intervenants de la région.**
- **Assurer une meilleure coordination et un meilleur suivi des activités de formation en prévention du suicide et autres sujets pertinents.**
- **Offrir de la formation adaptée.**

PRIORITÉS 2000-2003 :

Les priorités relatives à cette stratégie sont :

- Élaboration d'un guide d'intervention commun à tous les réseaux de la région concernés et visant l'habilitation des intervenants à une intervention optimale en situation de comportements suicidaires de même que la continuité des services.
- Évaluation des besoins de formation et de soutien clinique des intervenants de première et de deuxième lignes du secteur de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs pertinents.
- Évaluation et mise à jour (monitoring) des publics cibles effectivement rejoints par les activités de formation.
- Mise sur pied d'un programme de formation régional unifié sur la problématique du suicide et autres sujets pertinents (dépression chez les jeunes, dépression chez les personnes âgées, suicide et trouble de personnalité limite, loi 39) qui soit adapté à différents publics cibles, notamment les omnipraticiens.

RESPONSABILITÉS :

Un sous-groupe de travail, sous la responsabilité de la Direction de la santé publique, devra assurer un rôle de coordination pour l'évaluation des besoins et les activités de formation en association avec le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier et le CPSQ. Ce dernier détient un leadership régional sur la formation au regard de la reconnaissance des comportements suicidaires, de l'intervention de crise suicidaire et de la postvention.

FINANCEMENT :

Le CPSQ assume une responsabilité régionale en la matière à même son budget de base, et ce, précisément pour la reconnaissance des signes avant-coureurs, l'intervention de crise suicidaire et la postvention. Le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier reçoit également un montant récurrent de 30 000 $ pour la formation des intervenants de première ligne du territoire de Québec-Centre (cette somme peut également être utilisée pour l'intervention auprès des groupes à risque, voir stratégie # 3). Aucune autre source de financement n'est spécifiquement identifiée pour la formation.

3. Intervenir auprès des groupes à risque

OBJECTIFS :

- **Favoriser les interventions efficaces ou prometteuses.**

- **Mettre en œuvre et soutenir financièrement des interventions auprès des groupes à risque (ex.: hommes en difficulté, jeunes en difficulté, personnes toxicomanes).**

PRIORITÉS 2000-2003 :

- Soutien à la mise sur pied de trois projets pilotes visant la formation et le soutien de personnes de différents milieux de vie plus susceptibles d'être en contact avec des personnes suicidaires (réseau de sentinelles). Au moins un projet devra cibler les hommes et un autre les jeunes en difficulté.

- Mise sur pied du projet de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et qui se présentent à l'urgence des centres hospitaliers de la région.

FINANCEMENT :

- En dehors du financement obtenu par le CPSQ, PSP et le CPSC pour des activités de promotion et prévention et les budgets de base des différents organismes impliqués, la principale source potentielle de financement de ces projets est l'enveloppe budgétaire des priorités de santé et de bien-être de la Régie régionale de Québec (le CPSQ et PSP obtiennent 73 500 $ du budget des priorités de santé et de bien-être de la Régie régionale de Québec). Les projets de sentinelles de Charlevoix (Île-aux-Coudres et Clermont) et de Saint-Pierre-aux-Liens (paroisse de Charlesbourg) et un troisième sur le territoire de Portneuf seront soumis à la Régie régionale de Québec pour financement. Au total, une demande de 111 000 $ sera présentée pour leur financement.

- Par ailleurs, un projet de suivi intensif dans la communauté s'adressant aux personnes qui ont fait une tentative de suicide a été financé par le MSSS (79 000 $) et sera évalué (projet du CPSQ en collaboration avec la Direction régionale de santé publique, années 2000-2001).

- Le CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier a reçu un montant récurrent de 30 000 $ pour implanter des projets de prévention du suicide auprès des groupes à risque (jusqu'à maintenant, ce montant a surtout été investi dans la formation des intervenants, voir stratégie #2).

RESPONSABLES :

- Les projets « Sentinelles » sont développés sous le leadership de différents organismes, selon le territoire. Le projet de Saint-Pierre-aux-Liens a été initié par la Pastorale jeunesse qui s'est associée, pour sa phase de démarrage, le CLSC, le CPSQ, la DRSP et des bénévoles, par le biais de la Table préventive Jeunesse. Celui de Charlevoix est sous la responsabilité du CPSC et le CLSC de Charlevoix. La Direction de la santé publique pourrait offrir le soutien à l'implantation et à l'évaluation de ces trois projets.

- Le projet de suivi intensif dans la communauté est coordonné par le CPSQ et fera l'objet d'une évaluation sous la coordination de la DRSP.

4. Favoriser les interventions en promotion et prévention auprès des jeunes

OBJECTIFS :

- **Favoriser des interventions efficaces ou prometteuses notamment pour l'acquisition de compétences et d'habiletés personnelles chez les enfants et leurs parents.**

- **Mettre en œuvre et soutenir financièrement des interventions ciblant les jeunes en difficulté et leurs familles.**

PRIORITÉS 2000-2003 :

En ce qui concerne les jeunes, trois actions devront être prises à court terme :

- Soutien au déploiement du programme Fluppy dans les maternelles des écoles de milieux défavorisés.

- Soutien au CJQ dans la mise en place de mesures préventives qui visent une action sur les facteurs de vulnérabilité ou de protection des jeunes en difficulté.

- Soutien aux organismes qui interviennent auprès des jeunes de la rue.

RESPONSABILITÉS :

Le groupe de travail régional, soutenu par la Régie régionale de Québec, doit assurer les arrimages nécessaires entre les différents acteurs oeuvrant auprès des jeunes ou des jeunes en difficulté, que ce soit en milieu scolaire, en centre jeunesse ou dans la communauté. Un sous-groupe de travail devra assumer le rôle de soutien aux partenaires concernés par cette stratégie. La DRSP (Équipe adaptation sociale et familiale et habitudes de vie) assume également un leadership d'expertise en matière de promotion de la santé mentale chez les enfants et les jeunes.

FINANCEMENT :

La Régie régionale de Québec devrait poursuivre le financement pour le déploiement du programme Fluppy dans d'autres maternelles de la région de Québec pour la formation des intervenants et l'acquisition du matériel nécessaire, pour des écoles présentant un indice élevé de défavorisation. Le financement proviendrait de l'enveloppe budgétaire des priorités de santé et de bien-être et de différents programmes de la Régie régionale de Québec.

Les autres priorités seront actualisées à même les budgets des organismes partenaires avec le soutien professionnel de la Régie régionale de Québec.

5. Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens utilisés pour se suicider

OBJECTIFS:

- **Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux armes à feu.**

- **Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux médicaments.**

- **Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux lieux élevés.**

PRIORITÉS 2000-2003 :

L'accès aux armes à feu et l'accès aux médicaments ont été retenus et les priorités identifiées sont :

- Sensibilisation et formation des intervenants de la santé et des services sociaux au regard de la réduction de l'accès aux armes à feu et aux médicaments.

- Collaboration à l'élaboration d'un guide de pratique à l'intention des médecins concernant les lignes de conduite face à un patient dont la sécurité est compromise pour réduire l'accès à une arme à feu.

RESPONSABILITÉ :

- La Direction de la santé publique doit assurer la coordination des activités relatives à la sensibilisation et la formation des intervenants, en collaboration avec le MSSS et les partenaires régionaux et locaux concernés (ex. : coroners et corps policiers de la région).

- La DRSP assume la coordination du projet d'élaboration du guide de pratique.

FINANCEMENT :

À même les budgets de fonctionnement des organismes concernés, à l'exception du projet de Guide de pratique financé en partie par le MSSS.

6. Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités

OBJECTIFS:

- **Mettre à la disposition des responsables de la prévention du suicide des outils concernant le traitement de l'information relative au suicide.**

- **Élaborer et mettre en œuvre une stratégie favorisant une gestion adéquate des événements impliquant un suicide médiatisé.**

- **Soutenir l'Association québécoise de Suicidologie (AQS) lors de la semaine de prévention provinciale de la prévention du suicide.**

PRIORITÉS 2000-2003:

Deux niveaux d'action interpellent plus particulièrement les intervenants de la région et seront maintenus :

- Maintien de l'interaction avec les médias régionaux et locaux concernant des événements suicidaires fortement médiatisés.

- Collaboration à l'animation de la semaine provinciale de prévention du suicide de l'Association québécoise de Suicidologie.

RESPONSABILITÉ :

Les principaux collaborateurs dans ce dossier souhaitent se maintenir à jour sur les connaissances concernant l'impact des médias à la suite du traitement de la nouvelle entourant un événement suicidaire et être outillés pour réagir adéquatement aux médias locaux et régionaux. Les efforts régionaux devront être accentués et soutenus par le MSSS, l'Association québécoise de Suicidologie et l'Association canadienne de Suicidologie, notamment par la mise à jour des connaissances et des outils nécessaires.

Le CPSQ, le CPSC et PSP sont les principaux relais de l'AQS pour la tenue de la semaine provinciale de prévention du suicide. Ces organismes sont associés à chaque année à une multitude de partenaires pour s'assurer de la distribution du matériel promotionnel et la tenue d'activités spécifiques.

FINANCEMENT :

À même les budgets de fonctionnement des organismes concernés.

7. Intensifier et diversifier la recherche

OBJECTIFS :

- **Développer et mettre à jour continuellement les connaissances sur la problématique du suicide dans la région.**

- **Développer les connaissances sur l'efficacité des interventions.**

PRIORITÉS 2000-2003 :

- Réalisation de l'étude régionale sur la problématique du suicide par territoire de CLSC (inclut l'étude d'un échantillon des dossiers du coroner).

- Réalisation de l'étude de faisabilité d'un système de surveillance régional de la problématique du suicide.

- Réalisation de l'évaluation du projet de suivi communautaire intensif auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et qui se présentent à l'urgence.

RESPONSABILITÉS :

- Ces priorités sont sous la responsabilité de la DRSP en collaboration avec les organismes impliqués dans les projets (principalement le Bureau du coroner pour les deux premières et le CPSQ pour la troisième).

- Par ailleurs, tout organisme intéressé, selon ses capacités et opportunités de financement, est invité à développer la recherche en s'associant avec d'autres organismes pour ce faire. Le groupe de travail régional doit détenir une bonne connaissance des travaux en cours, participer à la recherche de financement et encourager la diffusion des résultats des recherches.

FINANCEMENT :

Les projets déjà prévus s'étendent sur un horizon de deux ans et les ressources régionales actuellement dédiées à la recherche ne peuvent s'engager davantage sans argent neuf. C'est donc dire que la recherche de financement doit être constante selon les initiatives qui seront prises. Si les projets pilotes de sentinelles (voir stratégie # 3) reçoivent le financement demandé, celui-ci devra inclure un montant pour l'évaluation de l'implantation.

La Régie régionale de Québec a octroyé une somme de 7 000 $ pour l'étude régionale de la problématique. Une partie de la subvention du MSSS (autour de 35 000 $) pour le projet d'intervention auprès des personnes qui ont fait une tentative, est réservée pour l'évaluation du projet.

VI- La stratégie d'implantation

La stratégie d'implantation du plan d'action régional en matière de prévention du suicide repose sur les principes suivants :

- la reconnaissance de la responsabilité et du rôle de la Régie régionale de Québec sur le plan du soutien à l'implantation et au suivi de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* (MSSS, 1998);

- la reconnaissance du rôle et du mandat du groupe de travail régional en prévention du suicide comme comité consultatif à la Direction générale sur le plan des orientations à donner à ce dossier et de l'allocation des ressources en la matière;

- la reconnaissance de la contribution de plusieurs milieux ou organismes à la prévention du suicide et du leadership exercé par le CPSQ, PSP et le CPSC;

- la nécessité d'intensifier les efforts de concertation à l'échelle de la région et de chacun des territoires de CLSC.

La stratégie d'implantation du plan d'action prévoit les éléments suivants :

- le **maintien du rôle du groupe de travail régional en prévention du suicide**, tel que décrit précédemment, qui est donc responsable de la supervision de l'actualisation du plan d'action et qui constitue de plus un lieu privilégié d'interaction et d'information entre les principaux acteurs régionaux en matière de prévention du suicide. Il est prévu d'en ouvrir la participation à d'autres intervenants ou représentants d'organismes ou milieux selon les besoins. La rédaction des comptes rendus de ces réunions est assumée par la Direction de l'organisation des services de la Régie régionale de Québec (répondante pour ce dossier à la régie) et ils sont largement diffusés (fréquence prévue: quatre rencontres par année; animation par la Direction régionale de la santé publique);

- la **formation de sous-groupes de travail** sur des thèmes particuliers en lien avec les priorités d'action pour les années 2000-2003. Ces sous-groupes sont rattachés fonctionnellement au groupe de travail régional à qui ils rendent compte de l'avancement des travaux. Le groupe de travail régional devrait y être représenté;

- la tenue d'activités d'information ouvertes à tous sur des thèmes d'intérêt (ex. : présentation des résultats de l'enquête portant sur plus de 400 personnes décédées par suicide au Québec) s'adressant aux membres du groupe de travail et autres intervenants de la région intéressés, et organisées par le groupe de travail ou les sous-groupes (fréquence prévue : deux rencontres par année);

- la recherche continue des opportunités de financement pour la consolidation des mesures ou services déjà existants et le développement de nouveaux projets;

- la participation de la Régie régionale de Québec au groupe de travail MSSS/Régies en prévention du suicide où un représentant de la région doit jouer un rôle de représentation sur les besoins de la région de Québec (fréquence prévue : quatre rencontres par année);

- l'évaluation de l'implantation de la stratégie gouvernementale selon les paramètres établis par le MSSS en collaboration avec des représentants du comité provincial MSSS/Régies en prévention du suicide;

- la reddition de compte annuelle au conseil d'administration de la Régie régionale de Québec sur l'état d'avancement des travaux.

Bibliographie

Aubé D. *et al. Les crises psychosociales dans Québec-Centre : dans quel contexte elles surviennent et comment on y répond.* Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, juin 1999, 124 p.

Bouchard, LM, 1991. *Les suicides dans la région de Québec et Chaudière-Appalaches : une approche multifactorielle pour prévenir les suicides*, Maladies chroniques au Canada, 1991, 12:6, pp.108-113.

Bureau du Coroner. *Rapport annuel 1998.* Les publications du Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 40 p.

Cardinal, L., Côté, M., Cyr, L., Levaque Charron, R. *La problématique du suicide sur votre territoire de CLSC* (sept documents présentant les données pour la région et chacun des territoires de CLSC de la région de Québec), Direction de la santé publique de Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, janvier 1998.

Commission médicale régionale. *Avis sur le rapport du groupe de travail du Collège des médecins du Québec sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, 1998, 15 p.

Dulac, G. *Intervenir auprès des clientèles masculines : théories et pratiques québécoises.* A.I.D.R.A.H., 1999, 81 p.

Ferland, M. *La santé dans la région de Québec, ça va?* Analyse régionale de l'Enquête sociale et de Santé 1992-1993. Direction régionale de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1995, 160 p.

Groupe de travail régional en prévention du suicide. *Plan d'action régional en prévention du suicide*, Document de référence. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, avril 2000.

Kates, N. *et al.* Association des psychiatres du Canada, Collège des médecins de famille du Canada. *Les soins de santé mentale partagés au Canada.* La Revue canadienne de psychiatrie, vol.42 (8) et Le médecin de famille canadien, octobre 1997, vol.43.

Laberge, A. *et al. Étude sur les pratiques relatives au diagnostic, au traitement et au suivi des personnes atteintes des troubles de l'humeur.* Direction de la santé publique et Département de psychiatrie de l'est, juin 1999, 99 p. + annexes.

Kawachi, I. *et al. Social capital and self-rated health : a contextual analysis.* American Journal of Public Health, august 1999, vol.89 (8), pp.1187-1193.

Québec (province) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction de la santé publique. *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, 1998, 94 p.

Québec (province) Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la santé publique. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, 1997, 103 p.

Pronovost, J., Leclerc, D. *Le dépistage des jeunes suicidaires en centre jeunesse : Rapport final.* Université du Québec à Trois-Rivières avec la collaboration de l'Association des centres jeunesse du Québec, décembre 1998, 48 p. + annexes.

Roy, É., Boivin JF, Haley N., Lemire N. *Mortality among street youth.* Lancet, 1998, juillet 4, 352 (9121):32.

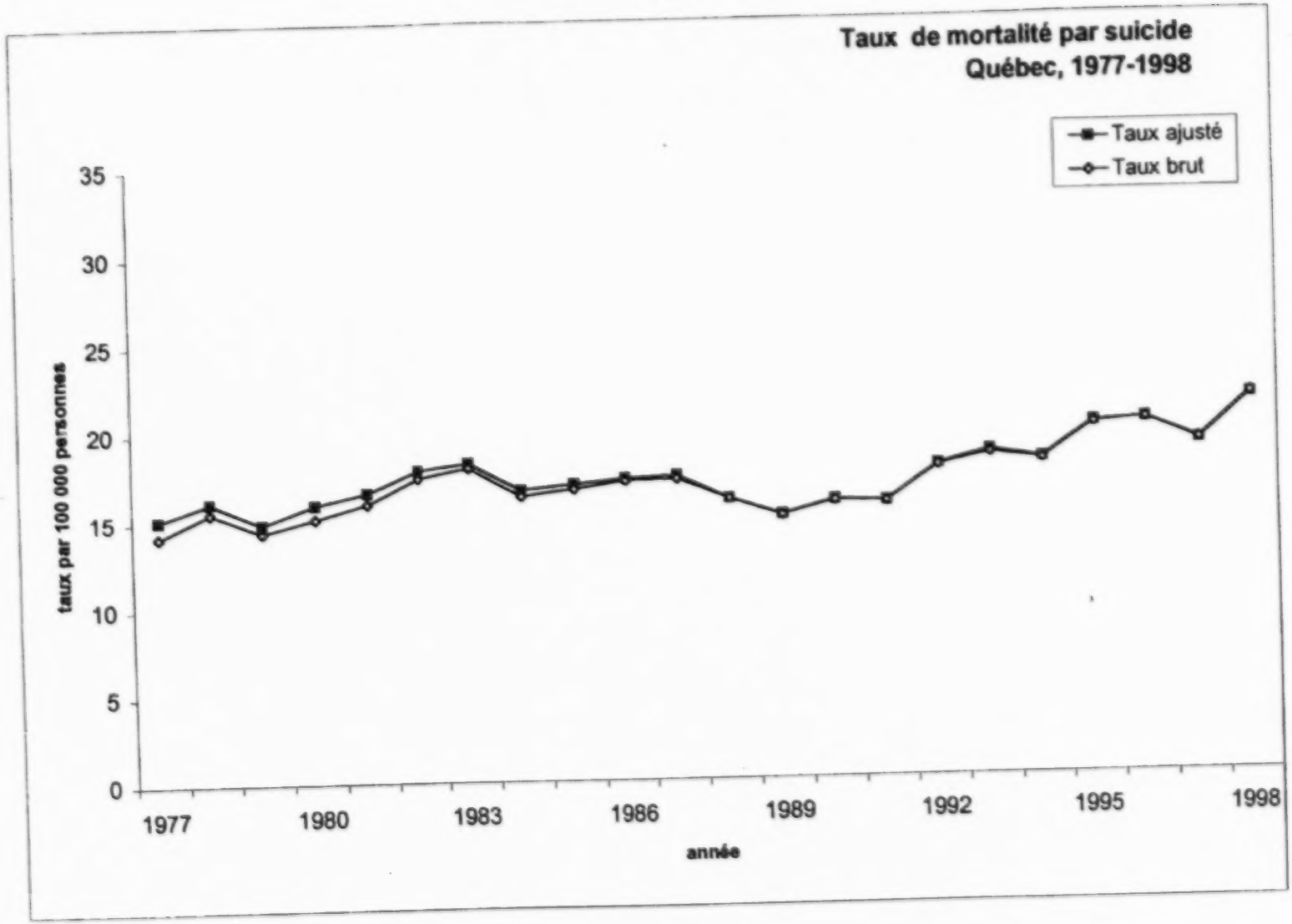
Saint-Laurent, D., Tennina, S. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996.* Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du Coroner, 2000, 59 p.

Santé Québec (sous la direction de Bellerose C. *et al.*). *Et la santé, ça va en 1992-1993?* Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1, Gouvernement du Québec, 412 p.

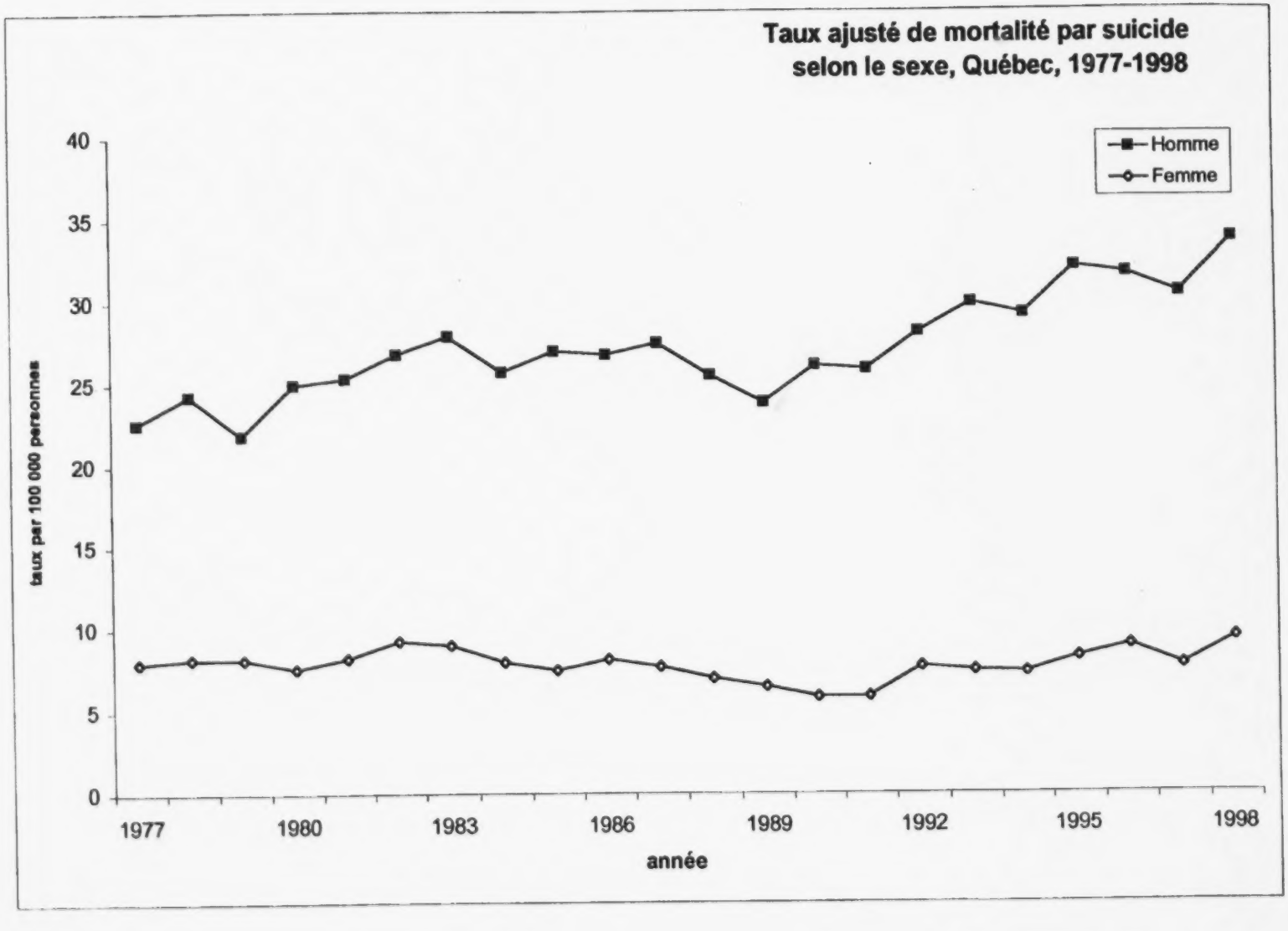
Séguin, M. *Trajectoire de vie et « résilience » des personnes suicidaires.* Frontières, UQAM, automne 1999, vol. 12 (1), pp.11-16.

Tousignant, M., Gagnon, A., Des Aulniers, L. *Une entrée ratée dans la vie : suicides et dynamiques suicidaires chez les jeunes.* Frontières, UQAM, automne 1999, vol. 12 (1), pp. 23-32.

Annexe 1 (1 de 2)



Annexe 1 (2 de 2)



Annexe 2

Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions du Québec, moyenne 1995-1996-1997

Région	Sexe		Total
	Femme	Homme	
01- Bas-St-Laurent	9,09	39,20	23,97
02- Saguenay	8,69	34,05	21,59
03- Québec	10,66	35,91	23,09
04- Mauricie	8,83	37,08	22,97
05- Estrie	12,15	36,53	24,08
06- Montréal-Centre	7,41	22,40	14,70
07- Outaouais	5,99	30,78	18,11
08- Abitibi-Témiscamingue	8,81	48,28	28,96
09- Côte-Nord	3,74	51,82	28,68
11- Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	3,58	39,56	21,65
12- Chaudière-Appalaches	11,59	41,09	26,33
13- Laval	7,66	26,20	16,53
14- Lanaudière	8,14	29,50	18,63
15- Laurentides	6,84	33,85	20,37
16- Montérégie	5,64	24,82	15,08
Québec Total	7,90	30,34	18,98

Source : Direction générale de la santé publique

Note : Les taux de la région du Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James ne sont pas inclus en raison de leur grande variabilité et du petit nombre de décès observés.

Annexe 3

Distribution des cas de suicide et taux bruts de décès par suicide selon le territoire de CLSC de la région de Québec, pour la période de 1991 à 1995
(selon le découpage géographique en vigueur en janvier 1995)

CLSC	Nombre	Taux (pour 100 000 h.)
Charlevoix	26	16,8
Haute-Ville	43	22,9
Basse-Ville	55	43,8
Ste-Foy/Sillery	57	15,5
Portneuf	59	26,6
Laurentien	63	15,4
Jacques-Cartier	78	19,0
La Source	84	16,7
Limoilou	98	33.2
Orléans	106	20,4
Région 03	669	20,9

Source: MSSS, Fichier des décès, 1991 à 1995

Annexe 4

Données complémentaires sur la détresse psychologique, les idéations suicidaires et les tentatives de suicide pour la région de Québec et le Québec

Détresse psychologique

Selon l'Enquête sociale et de Santé 1992-1993, le quart des personnes de 15 ans et plus de la région de Québec (environ 132 000 personnes) se classait dans la catégorie élevée de détresse psychologique. Cette proportion représente une augmentation par rapport à la situation qui prévalait en 1987 où on observait une proportion de 18 %. La répartition de la détresse psychologique selon le sexe nous apprend qu'il s'agit de 30 % des femmes et de 22 % des hommes de 15 ans et plus de la région (Ferland, 1995). Les résultats de l'Enquête générale de Santé Québec menée en 1998 qui comportait ce même thème seront disponibles à l'automne 2000 et nous permettra de juger de l'évolution de cette variable sur notre territoire et à l'échelle du Québec.

Idéations suicidaires

Selon l'Enquête sociale et de Santé 1992-1993, la proportion des personnes de 15 ans et plus ayant rapporté des idéations suicidaires (toutes pensées se rattachant à un comportement suicidaire) a progressé de 6 % à 9 % entre 1987 et 1992-1993. Ce dernier pourcentage, semblable à celui des autres régions du Québec réunies, représente environ 42 000 personnes de 15 ans et plus de la région. Cette variable présente également des variations selon l'âge : la proportion de personnes qui ont eu ces pensées est environ trois fois plus élevée chez les 15 à 24 ans et les 25 à 44 ans, en comparaison aux 45 ans et plus (12 % versus 4 %). Les hommes et les femmes ont eu des idéations suicidaires dans des proportions équivalentes.

Entre 1992 et 1994, six enquêtes portant sur les habitudes de vie chez les jeunes du secondaire ont été menées dans autant de commissions scolaires de la région de Québec. Ces études ont révélé que, selon les commissions scolaires, entre 24 % et 28 % de ces jeunes auraient eu des idéations suicidaires (Bourdages, 1992 à 1994).

La même enquête fut réalisée en 1995 auprès de la clientèle des centres de réadaptation des centres jeunesse de la région de Québec. Elle révélait que les deux tiers de ces jeunes en difficulté (64 %) auraient eu une idéation suicidaire (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Centres jeunesse de Québec, 1995).

Tentatives de suicide

Les principales sources d'information utilisées pour estimer l'importance des tentatives de suicide sont le fichier Med-Echo sur les hospitalisations et les données d'enquêtes. Rappelons que, pour différentes raisons, les données du fichier Med-Echo présentent une faible validité (importante sous-estimation des tentatives de suicides et grande variabilité géographique, à l'intérieur même d'une région). Les données relatives aux

hospitalisations pour tentatives de suicide sont quand même rapportées dans cette section à titre indicatif mais doivent être utilisées avec beaucoup de précautions.

Pour la période de quatre ans allant de 1991 à 1995, on dénombre 1 501 hospitalisations pour tentative de suicide dans la région de Québec (ce nombre exclut les tentatives de suicide qui n'ont pas nécessité d'hospitalisation). Les femmes y sont représentées dans une proportion de 58 %. Les personnes âgées de 20 à 44 ans présentaient les taux les plus élevés d'hospitalisation pour tentative de suicide.

Selon les enquêtes menées auprès des jeunes fréquentant plusieurs écoles secondaires de la région (Bourdages, 1992-1994, cité plus haut), entre 5 % et 10 % de ceux-ci auraient déjà fait une tentative de suicide. Ce pourcentage a été estimé à 41 % des jeunes en difficulté fréquentant les centres de réadaptation de la région en 1995 (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec et Centres jeunesse de Québec, 1995).

Parmi les personnes hospitalisées pour tentative de suicide, le moyen le plus utilisé pour attenter à ses jours était l'absorption de substances toxiques, le plus souvent des médicaments. Ce moyen représente 74 % des cas.